

					и 4 гр.		гр.
Рост, см	167,9±5,7	165,7±5,3	166,7±6,0	163,2±4,9	0,37 0,001 0,001	0,39 0,05	0,02
Масса тела, кг	70,14±8,54	72,00±10,8	82,24±15,5	83,70±13,1	0,37 0,001 0,001	0,001 0,001	0,70
Индекс массы тела (ИМТ)	24,88±2,59	26,08±3,38	29,68±4,59	30,72±4,24	0,07 0,001 0,001	0,0010,001	0,41

Группы между собой достоверно не отличались по возрасту, сроку беременности, количеству: плодов в настоящей беременности, беременностей, родов, классу физического состояния. Достоверные отличия были выявлены по таким показателям как рост, масса тела и ИМТ. Причём, рост имел тенденцию к снижению от первой группы к четвёртой, масса тела и ИМТ возрастали от первой группы к четвёртой.

#### **Выводы.**

1. Количество пациенток во второй, третьей и четвёртой группах составило 83% от числа обследованных, т.е. у четырёх из пяти беременных могут встретиться проблемы при интубации трахеи.

2. При визуальном осмотре следует обращать внимание на рост и массу тела. Вероятность трудной интубации, при прочих равных условиях, возрастает при малом росте и высокой массе тела, а также, при наличии того и другого фактора вместе.

#### **Литература:**

1. Алгоритм действия врача при трудной интубации / И. В. Молчанов [и др.] // Клиническая практика. – 2012. – № 2. – С. 51–57.
2. Airway injury during anesthesia: a closed claims analysis / К. В. Domino [et al.] // Anesthesiology. – 1999. – Vol. 91, № 6. – P. 1703–11.
3. Буров, Н. Е. Протокол обеспечения проходимости дыхательных путей / Н.Е. Буров // Клиническая анестезиология и реаниматология. – 2005. – Т. 2, № 3. – С. 2–12.

## **ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Ковалёв Е.В., Занько Ю.В., Дедуль М.И., Арестова И.М.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** В настоящее время существует ряд рекомендательных и директивных документов, регламентирующих постановку диагноза плацентарная недостаточность (ПН) и лечебную стратегию, применяемую при данном осложнении беременности [1, 2, 3]. Однако, трактовка данных

рекомендаций не всегда однозначна, а проводимая терапия не демонстрирует стабильный эффект.

**Материал и методы.** Нами было проанализировано 350 медицинских «карт стационарного пациента» женщин, получавших лечение в отделениях патологии беременности УЗ «Витебский городской клинический роддом №2» и родильного отделения УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Пациенты были разделены на 3 группы. Основную группу составили 190 беременных с признаками ПН, получавшие регулярную комплексную фармакотерапию в течение 7-10 дней. В группу сравнения вошли 102 пациента, получавшие нерегулярное лечение продолжительностью менее 5-6 дней. В контрольную группу вошли 58 беременных, которым в ходе динамического наблюдения за беременностью был выставлен диагноз ПН, однако данные пациентки уклонились от приема назначенных лекарственных средств, информируя/не информируя при этом лечащего врача. Пациенты основной группы, группы сравнения и контрольной группы были сопоставимы между собой по возрасту -  $28 \pm 5$  лет,  $27 \pm 5$  лет,  $27 \pm 5$  лет соответственно; по паритету беременностей -  $2 \pm 1$ ,  $2 \pm 1$ ,  $2 \pm 2$  соответственно; паритету родов -  $1 \pm 1$ ,  $2 \pm 1$ ,  $1 \pm 1$  соответственно.

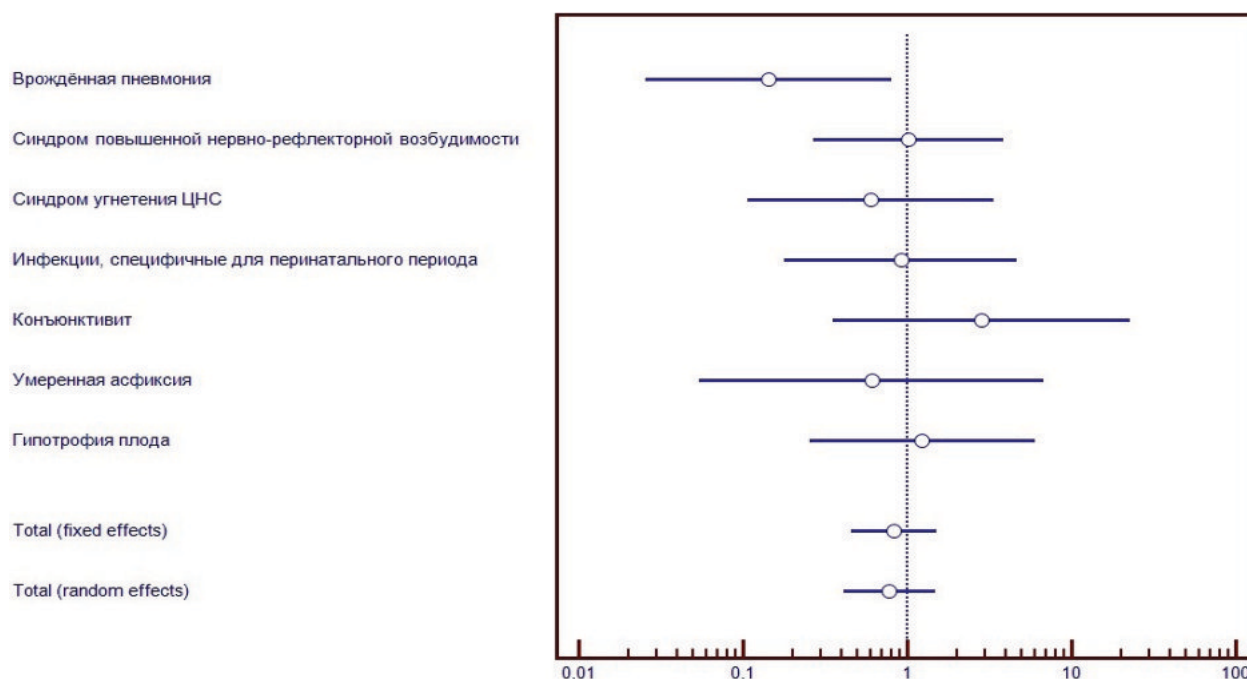
**Результаты и обсуждение.** В основной группе было выделено 5 подгрупп беременных, в зависимости от вариантов назначенной терапии ПН.

После анализа вариантов медикаментозного лечения ПН согласно клиническим протоколам наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии были выделены и изучены пять наиболее часто применяемых в основной группе:

- 1 подгруппа: метаболическая терапия + микронутриентная терапия + терапия, улучшающая функцию плаценты + терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (МПК) (5 лекарственных средств) – 21 пациент (11,1% случаев [95% ДИ 7,3; 16,4]);
- 2 подгруппа: метаболическая терапия + микронутриентная терапия + терапия, улучшающая МПК – 28 женщин (14,7% случаев [95% ДИ 10,4; 20,5]);
- 3 подгруппа: метаболическая терапия + терапия, улучшающая функцию плаценты + терапия, улучшающая МПК (3 лекарственных средства) – 21 пациент (11,1% случаев [95% ДИ 7,3; 16,4]);
- 4 подгруппа: метаболическая терапия + терапия, улучшающая МПК – 40 пациентов (21,1% случаев [95% ДИ 15,8; 27,4]);
- 5 подгруппа: терапия, улучшающая МПК – 44 пациенток (23,2% случаев [95% ДИ 17,7; 29,7]).

Курс лечения ПН продолжительностью более 7 дней по сравнению с отсутствием медикаментозной коррекции данного состояния достоверно снижает шансы развития врожденной пневмонии и общую заболеваемость новорожденных, поскольку включает в себя в том числе антибактериальную

терапию по поводу имеющегося кольпита (Рис.1).



**Рисунок 1.** Отношения шансов развития перинатальной патологии у новорождённых основной и контрольной групп

Лечение ПН в течение 5-6 дней не оказывает существенного влияния на частоту развития перинатальной патологии по сравнению с отсутствием лечения.

Было отмечено, что применение регулярной терапии ПН сопровождается статистически значимым снижением общей заболеваемости новорожденных по сравнению с пациентами, не получавшими лечения - 17,1% [13,1; 23,8] и 35% [23,2; 46,9] соответственно. При этом статистически значимо более высокая частота врожденной пневмонии в контрольной группе (6,9% [2,2; 16,9]) объясняется более частым наличием у данных пациентов кольпитов.

Частота гипотрофии новорожденных оказалась сходной во всех исследуемых группах и не продемонстрировала зависимости от проводимого лечения.

Антропометрические характеристики новорожденных и их ранняя адаптация к внеутробной жизни не зависели от применяемого варианта медикаментозного лечения ПН. Анализ полученных данных показал, что вне зависимости от варианта применяемого лечения, либо его отсутствия не отмечены достоверные различия в заболеваемости новорождённых по отдельным нозологическим формам.

### **Выводы.**

1. Комплексная терапия ПН снижает общую заболеваемость новорожденных и мало влияет на улучшение функции плаценты, при этом вне зависимости от варианта применяемого лечения, либо его отсутствия, не

отмечены достоверные различия в заболеваемости новорождённых по отдельным нозологическим формам.

2. При лечении ПН методом выбора является монотерапия лекарственными средствами, улучшающими МПК, позволяющая избежать полипрагмазии в коррекции данного состояния.

#### **Литература:**

1. Об утверждении клинических протоколов наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : Приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 9 окт. 2012 г., № 1182 / М-во Здравоохранения Респ. Беларусь. – Режим доступа: <http://www.bsmu.by/downloads/vrachu/protokolu/p26.pdf>. – Дата доступа: 14.07.2015.

2. Estimation of fetal weight with the use of head, body, and femur measurements: a prospective study / F. P. Hadlock [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1985. – Vol. 151. – P. 333–337.

3. Is sonographic assessment of fetal weight influenced by formula selection? / I. Burd [et al.] // J. Ultrasound Med. – 2009. – Vol. 28, № 8. – P. 1019–1024.

## **СОДЕРЖАНИЕ ГОМОЦИСТЕИНА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ**

*Колбасова Е.А., Киселева Н.И., Наумов А.В.,  
Бресский А.Г., Мацуганова Т.Н.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** Согласно данным литературы [3, 4], с нарушениями аминокислотного статуса связывают развитие артериальной гипертензии, депрессии, дерматитов, миопатии, анемии, остеопороза.

Гомоцистеин является серосодержащей аминокислотой, образующейся в организме при метаболизме незаменимой аминокислоты метионина. Повышенные концентрации гомоцистеина являются цитотоксичными. Гомоцистеин может повреждать стенки сосудов, нарушать функциональную активность эндотелия, усиливать тромбообразование, приводить к развитию сердечно-сосудистых заболеваний [2].

В настоящее время отсутствует единая точка зрения о возможной роли гипергомоцистеинемии в развитии физиологического и индуцированного старения женского организма. Все это обуславливает необходимость дальнейшего изучения роли аминокислот в возникновении климактерических нарушений у женщин с хирургической и естественной менопаузой.

**Целью** нашего исследования явилось изучение содержания аминокислоты гомоцистеина у женщин в постменопаузе.

**Материал и методы исследования.** Исследования проводились на базе кафедры акушерства и гинекологии УО «Витебский государственный